



MEDIDAS DE COMODIDAD QUE BRINDA LA ENFERMERA AL ADULTO CON DETERIORO DE LA AMBULACIÓN

COMFORT MEASURES PROVIDED BY THE NURSE TO THE ADULT WITH AMBULATORY IMPAIRMENT

Para citar este artículo:

Garcez G.; Galvis N.(2019). Medidas de comodidad que brinda la enfermería al adulto con deterioro de la ambulación. *Revista Cuidado y Ocupación Humana Vol.8-II.*

Gina Lisbeth Garcez Ramírez*
Nelly Yeribeth Galvis Monsalve**

RESUMEN

El trabajo esta basado en un estudio de caso de una paciente de 68 años de edad, quien sufrió una caída desde su propia altura, ocasionándose una fractura de cadera y cabeza del fémur derecho; por lo que es tratada quirúrgicamente, y en cuyo tratamiento se le prescribió el uso de andador y terapia física. El objetivo de la investigación fue diseñar actividades de enfermería dirigidas al sujeto de cuidado que vivencia un proceso de rehabilitación con reemplazo de cadera y manejo de múltiples patologías asociadas, a través del Proceso de Atención de Enfermería PAE. El estudio se realizó con una metodología investigación de tipo descriptivo, con abordaje cualitativo cuyo método es estudio de caso observacional, orientado en la teoría de mediano rango "Teoría del confort" de Katharine Kolcaba. Se concluyó que la teoría es aplicable al presente estudio de caso ya que permitió diseñar las intervenciones óptimas en medidas de confort, que favorecieron la satisfacción de las necesidades de comodidad de la paciente en al menos tres contextos: físico, social y ambiental.

PALABRAS CLAVE: enfermería, confort, comodidad, ambulación, cuidado

ABSTRACT

Nursing theories give assertiveness to the work to be developed with each of the collaborative problems present in the patients, this work based on a case study, takes a female patient, 68 years old, who suffered a fall from her own height, causing a fractured hip and head of right femur; Therefore, she is treated surgically, and also contemplates a treatment from the management of mobility prescribed with a walker and physical therapy, it is proposed as an objective to estimate a number of nursing activities aimed at the subject of care who experiences a rehabilitation process with hip replacement and management of multiple associated pathologies, through the process of nursing care PAE during the outpatient practice of nursing care in the adult in control in the IPS UNIPAMPLONA, Through a descriptive research methodology, with a qualitative approach whose method is an observational case study, oriented in the medium range theory "Theory of Comfort" by Katharine Kolcaba, we can conclude that this theory is applicable to the present case study since it allowed the design of optimal interventions in comfort measures, which favored the satisfaction of the comfort needs of the patient under care, in at least three contexts: physical, social and environmental that improves comfort with the respective application and empowerment of the activities taught by the nurse.

KEY WORDS: nursing, comfort, convenience, ambulation, care



INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería con los años ha dado pasos agigantados que conmemoran el trabajo realizado por el talento humano en enfermería, el cual con su pertinencia y conocimiento científico de cada uno de los temas a tratar dan respuestas y colaboran en el establecimiento de diagnósticos y intervenciones eficaces para la adecuada y satisfactoria recuperación del estado de salud de cada uno de los pacientes.

El apoyo de las teorías de enfermería da asertividad al trabajo de enfermería a desarrollar con cada uno de los problemas colaborativos presentes en los pacientes. El cuidado de enfermería en esta clase de pacientes requiere de una visión de cuidado integral que representa la motivación del paciente y la implicación familiar en el proceso de la enfermedad; este estudio de caso representa el cuidado de enfermería que se brinda al paciente con una depresión e intento suicida relacionado con el afrontamiento ineficaz el cual presenta antecedentes clínicos como: revascularización miocárdica, hipertensión y coleditiasis, el cual requiere de la aplicación del proceso de atención de enfermería en la cual se identifiquen las necesidades presentes en el paciente teniendo como base los diagnósticos de enfermería NANDA, las intervenciones de enfermería NIC, los objetivos y resultados de enfermería NOC. Garcez, G. (2013).

Este artículo busca crear un modelo estandarizado del proceso de atención en enfermería en el paciente adulto con rehabilitación de reemplazo de cadera con múltiples patologías, el cual refleje el conocimiento, las destrezas, las habilidades, el conocimiento científico y la pertinencia adquirida por parte del estudiante de enfermería de la Universidad de Pamplona de la asignatura de cuidado de enfermería en el adulto logrando describir las pautas y los cuidados integrales para la paciente. Garcez, G. (2013). Los diagnósticos de enfermería representan un ámbito de eficacia que se relaciona con las intervenciones para el afrontamiento del proceso de la enfermedad y así mismo la capacidad de adoptar medidas

que proporcionen la recuperación y el mantenimiento del estado de salud adecuado.

El estudio de caso hace parte de una forma de investigar que realiza la recopilación de datos objetivos y subjetivos para lograr describir y generar conocimiento con base en los datos analizados; La presentación de un estudio de caso en enfermería tiene varios fenómenos de conocimiento como lo son la interpretación de los datos adquiridos, la interrelación del caso con una teoría de enfermería, la descripción de los resultados encontrados con referencia al caso estudiado y analizado desde perspectivas teóricas y científicas. Garcez, G. (2013).

La osteoporosis requiere de un trabajo arduo en el cual se establezcan actividades específicas que den un avance importante en la evolución del proceso de restauración física de la paciente para así contribuir a nivel fisiológico a disminuir los signos y síntomas de las patologías de base que presenta la paciente. Garcez, G. (2013).

Objetivos

- Aplicar el proceso de valoración de enfermería por taxonomía NANDA en el paciente adulto con múltiples patologías.
- Definir los diagnósticos de enfermería encontrados en el adulto sujeto de cuidado.
- Describir los resultados de enfermería en el paciente adulto sujeto de cuidado
- Citar las intervenciones de enfermería desarrolladas en el paciente adulto sujeto de cuidado.
- Llevar a cabo las actividades de enfermería planteadas en el sujeto adulto de cuidado.
- Evaluar los resultados obtenidos al finalizar las intervenciones de enfermería en el adulto valorado.
- Correlacionar los hallazgos encontrados en la valoración del sujeto de cuidado con la teoría de mediano rango de Katharina Kolcaba.

Bases conceptuales

Teoría del confort: Katharine Kolcaba

En la teoría del confort de Kolcaba, los receptores de las medidas de confort tienen diferentes orígenes tales como: pacientes,



estudiantes, prisioneros, trabajadores, ancianos, comunidades e instituciones.

Necesidad de cuidados en la salud

Kolcaba define las necesidades de cuidados a la salud como necesidades para conseguir la comodidad, a partir de situaciones estresantes de cuidado para la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Incluyen necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales, que se observan a través del seguimiento y de los informes verbales y no verbales, así como necesidades relacionadas con los parámetros fisiopatológicos, educación, apoyo, asesoramiento e intervención financiera.

Medidas de confort

Pueden definirse como intervenciones enfermeras las diseñadas para satisfacer necesidades específicas de comodidad de las personas receptoras de cuidados, por ejemplo, necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas.

VARIABLES DE INTERVENCIÓN

Las variables de intervención pueden definirse como fuerzas de interacción que influyen en la percepción por parte de los receptores de la comodidad total. Estas variables pueden ser las experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo, el pronóstico, economía y la totalidad de elementos de la experiencia de los receptores.

Confort

El confort o comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consistente en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de comodidad son: alivio, tranquilidad y trascendencia que se definen cómo:

- **Alivio:** el estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica, se refiere a la satisfacción de necesidades; es

decir, se deben aliviar malestares en los pacientes.

- **Tranquilidad:** el estado de calma o satisfacción, hace referencia a la persona entera, a la comodidad en la mente y cuerpo, estado de satisfacción y positivo.
- **Trascendencia:** estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o dolor. (Kolcaba 2003), es independiente y se refiere a las medidas de comodidad que fortalecen y engrandecen a una persona. La persona surge por encima del dolor o problemas se describió con los contextos sobre holismo, como: Los cuatro contextos de la experiencia (físico, psicoespiritual, social y ambiental) (Kolcaba, 1994; Kolcaba & Fox, 1999). Los tipos de comodidad pueden definirse como (Kolcaba, 2001):
 - **Físico:** perteneciente a las sensaciones corporales.
 - **Psicoespiritual:** perteneciente a la consciencia interna del yo, como: autoestima, autoconcepto, sexualidad, y el significado de la vida, en relación con un orden o estado superior.
 - **Social:** se refiere a las relaciones interpersonales, familiares y sociales.
 - **Ambiental:** perteneciente al entorno y condiciones e influencias externas como: luz, ruido, temperatura, entre otros, y como se interrelacionan los sentidos con los contextos surgiendo una estructura taxonómica, en la cual la comodidad de los pacientes es experimentada contexto y sentido específico. Dicha estructura taxonómica permitió a Kolcaba el desarrollo del Cuestionario General de Comodidad (GCQ).

METODOLOGÍA

Paciente de género femenino, de 68 años de edad, con antecedentes de hipotensión, Hipotiroidismo, hiperlipidemia y osteoporosis. Se maneja con tratamiento antiagregante plaquetario junto con analgésicos. Fue estudiada mediante una serie de exámenes de



laboratorio: Leucocitos de 4000 mm³, linfocitos de 31,6%, Eosinófilos de 0,5%, hemoglobina de 11,4 gr/dl, hematocrito 32,2%, plaquetas de 268000 mm³, exámenes de química sanguínea del 14 de abril de 2014, glicemia de 72mg/dl, creatinina de 1,8mg/dl, transaminasas ALT 20 u/l, amilasa 83 U/L, bilirrubina total 1,9 mg/dl, Bun 43 mg/dl, colesterol total de 222 mg/dl, colesterol HDL 50,1 mg/dl y colesterol LDL 128,6 mg/dl, triglicéridos 330 mg/dl, ácido úrico de 7,82 mg/dl y ecografías que evidencian ambos riñones de forma, tamaño y ecoestructura conservada, con buena relación corticorrenal y sin dilatación de los sistemas pelvocaliciales, ecografía dentro de los valores normales.

El 3 de Marzo de 2014 ingresó al servicio de urgencias de la IPS UNIPAMPLONA por cuadro clínico de 1 hora de evolución por caída desde su propia altura con fractura de cadera y cabeza de fémur derecho a lo cual se trasladó la paciente al servicio de cirugía 3 piso de la IPS UNIPAMPLONA para manejo de reemplazo de cadera derecha, se tomó rayos X en cadera pos control. Fue internada en el 4 piso en donde se maneja con ranitidina 50mg iv c/8 horas, metoclopramida 10 mg iv c/8 horas, oxacilina 2 gramos cada 6 horas iv, Dipirona 2,5 gr cada 6 horas durante 7 días en donde fue dada de alta a casa con cita control y recomendaciones de curaciones diarias y administración de medicamentos de control para sus patologías de hipotiroidismo, hipotensión, hiperlipidemia y osteoporosis. Quien se maneja por control con ortopedista y terapia física para el 20 de Mayo de 2014.

Presentación del caso:

Nombre: a.c.s.v.

Edad: 68 años

Sexo: femenino

Grado de escolaridad: primaria

Estado civil: casado.

Motivo de consulta

Paciente quien fue intervenida quirúrgicamente de reemplazo de cadera derecha, presenta tensiones bajas, mareos en manejo con cafespirina, glucosamida, tiroxina y eritropoyetina. “Estoy en control con el ortopedista en la IPS UNIPAMPLONA, quien

me está revisando la recuperación de la cirugía de la cadera”.

Ampliación del motivo de consulta

Paciente de sexo femenino, de 68 años de edad, con cuadro clínico de reemplazo de cadera derecha el 6 de Marzo de 2014 en la IPS UNIPAMPLONA quien a su evolución se recupera en casa con cita control el 23 de abril quien ordena terapia física para rehabilitación, quien asiste a control de hipertensión, de hipotiroides y de hiperlipidemia a la medicina preventiva desde hace dos años.

Antecedentes

Farmacológicos

Tiroxina 100 mg cada día antes del desayuno, cafespirina 500 mg cada noche, glucosamida 1 tableta en la noche, Calcio osteomin D,

Quirúrgicos

Osteosíntesis de cabeza de fémur derecho y reemplazo de cadera derecha.

Personales

Hipotensión arterial, osteoporosis, hiperlipidemia, tiroides, colitis.

Diagnósticos

Hipotensión arterial, osteoporosis, hiperlipidemia, tiroides, colitis.

Signos vitales

T/A: 92/61 mmhg

F/C: 66 por minuto

F/R: 18 por minuto

T°: 36.6

Glasgow: 15/15

Evolución

Paciente con control de POP de reemplazo de cadera derecha hace 13 días, buena movilidad de miembro inferior derecho, cicatriz en buen estado sin signos de infección, realizando movimientos con caminador, con apoyo moderado, cita control en 6 semanas, con reporte de rx de control. Paciente de sexo femenino de 68 años de edad, de nombre A.C.S.V. biotipo brevilineo, constitución endomorfa, con facies de tranquilidad, posición sentada, postura pobre, movimientos voluntarios lentos, coordinados y con apoyo de caminador para el movimiento, lenguaje fluido y coherente de tono de voz moderado,



presentación personal adecuada para la ocasión, coopera con el examen y la información aparentemente es confiable. Paciente con antecedentes de Hipotensión arterial, osteoporosis, hiperlipidemia, hipotiroides y colitis.

RESULTADOS

Diagnostico de enfermería 1

Gestión ineficaz de la propia salud **R/C** déficit de conocimientos **E/P** Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria, fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos.

Clase 2: Gestión de la salud.

Dominio 1: Promoción de la salud.

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Diagnostico de enfermería 2

Riesgo de estreñimiento **R/C** ingesta insuficiente de líquidos.

Clase 2: Función gastrointestinal.

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Definición: Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Diagnostico de enfermería 3

Deterioro de la ambulación **R/C** miedo a las caídas **E/P** Deterioro de la habilidad para subir escaleras, deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares, deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

Clase 2: Actividad / ejercicio

Dominio 4: Actividad / reposo

Definición: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

Diagnostico de enfermería 4

Deterioro de la movilidad física **R/C** Conocimientos deficientes sobre el valor de la actividad física **E/P** Limitación de la amplitud de los movimientos, temor inducido por el movimiento, enlentecimiento del movimiento.

Clase 2: Actividad / ejercicio

Dominio 4: Actividad / reposo

Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Diagnostico de enfermería 5

Deterioro de la habilidad para la traslación **R/C** conocimientos deficientes **E/P** Incapacidad para trasladarse de la silla al suelo, incapacidad para trasladarse entre superficies de diferente nivel, incapacidad para agacharse hasta el suelo.

Clase 4: Actividad/Ejercicio

Dominio 4: Actividad / reposo

Definición: Limitación del movimiento independiente entre dos superficies.

Diagnostico de enfermería 6

Disposición para mejorar el autoconcepto

Clase 1: Autoconcepto

Dominio 6: Autopercepcion

Definición: Patrón de percepciones o ideas sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Diagnostico de enfermería 7

Riesgo de caídas **R/C** falta de material antideslizante en la ducha.

Clase 3: Lesión física

Dominio 11: seguridad / protección

Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.

Diagnostico de enfermería 8

Riesgo de traumatismo **R/C** falta de material antideslizante en la ducha.

Clase 2: Lesión física

Dominio 11: Seguridad / protección

Definición: Riesgo de lesión tisular accidental (p. ejm; herida, quemadura, fractura).



Diagnostico de enfermería 9

Disconfort R/C falta de control de la situación E/P temor, inquietud, expresa sentirse incomodo.

Clase 1: confort físico

Dominio 12: confort

Definición: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.

Diagnostico de enfermería 10

Dolor agudo R/C recuperación de la movilidad física E/P expresa dolor, escala visual del dolor con puntaje de 3, postura para evitar el dolor.

Clase 1: confort físico

Dominio 12: confort

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

Fase de priorización

- Deterioro de la ambulación.
- Desequilibrio nutricional:
Ingesta superior a las necesidades
- Riesgo de caídas.
- Disconfort.

Relación teorica

Triangulación en la teoría del confort de Kolcaba.

	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Físico	Dolor por movilización de cadera y asentamiento del miembro inferior derecho.	Tensión muscular y dolor leve.	Paciente expresa optimismo por el estado de recuperación de su salud.
Psicoespiritual	Miedo e inquietud por la movilización sin ayuda.	Disposición para mejorar la esperanza.	Disponibilidad e interés en la adquisición de conocimientos en salud.
Ambiental	Habitación con adecuada iluminación y ventilación.	Goza de un espacio poco confortable para su movilización con el caminador, con presencia de escaleras cercanas.	Realiza prevención de caídas, apoyo de su esposo e hijas para la deambulacion en las escaleras.
Sociocultural	Presencia de su esposo y empleada domestica que le proporciona los cuidados necesarios de movilidad y demás.	Disposición para la el fomento del ejercicio y realización de terapia de movilidad física.	Entorno propicio para la realización de terapia de relajación y movilización en pro de recuperación de la movilidad.

DISCUSIÓN

En anteriores resultados relacionados con el estudio de casos desde la teoría del confort, el principal uso que se le ha seleccionado ha sido para el confort físico, que está basado en las intervenciones de enfermería diseñadas en el estudio de las necesidades de comodidad de los sujetos de cuidado, como intervenciones fisiológicas, ambientales y físicas.

Según la autora, es en el contexto en donde se desarrolla el confort y este proviene del producto del arte holístico de la enfermera, sin embargo observando los componentes de la teoría podemos citar que esta teoría no solo es aplicable en el caso de esta paciente con necesidad de confort físico, sino también esta teoría de Kolcaba es aplicable a diversos ámbitos en investigación lo cual resalta el uso de esta teoría en todos los ámbitos de cuidado por el personal de enfermería, existiendo mejor calidad en la comodidad del sujeto de cuidado.

No obstante, se encuentra en otros estudios que, con el uso de las variables de intervención de la teoría del confort, hace al sujeto de cuidado una persona inherente al uso de cada una de las acciones planeadas, así como en este caso es el paciente quien con el tiempo mejora la eficacia de la comodidad con la respectiva aplicación y potencialización de las actividades enseñadas por la enfermera.

La experiencia que queda con el manejo de la enfermedad y el mantenimiento de la salud, traspasa la relación existente entre los paradigmas contenidos en la teoría del confort, de la misma forma se observa en otros estudios que no existen lapsos de tiempo únicos en los que se dé un solo paradigma, sino que se interrelacionan todos en un mismo momento.

CONCLUSIONES

Un espacio de acompañamiento e instrucción para cada el cuidador y sujeto de cuidado, diseñada para satisfacer las necesidades de confort más relevantes identificadas en la literatura y contextualizadas en la teoría de Kolcaba, contribuiría a implementar cuidado avanzado en enfermería, rescatando la esencia de la enfermería en el servicio de enseñanza y cuidado en casa.



Esta teoría es aplicable al presente estudio de caso ya que permite diseñar las intervenciones óptimas en medidas de confort, que favorezcan la satisfacción de las necesidades de comodidad de la paciente, sujeto de cuidado, en al menos tres contextos: físico, social y ambiental. Además, brinda la oportunidad a sus familiares (cuidadores) de fortalecerse con la experiencia vivida durante el cuidado en casa del sujeto de cuidado.

La teoría de confort de Katherine Kolcaba nos plantea un número de cuidados de enfermería, por medio de los cuales se logró mejorar el conocimiento en salud de la sujeto de cuidado, en donde adquirió confort y autoconfianza para la asimilación del proceso de su enfermedad desde un punto de vista positivo que le proporcionó la potencialización de la trascendencia emotiva y favorable tanto física como espiritual y así de forma eficaz la paciente obtuvo comodidad y tranquilidad en el proceso de manejo en las múltiples patologías que padece. De esta forma se puede decir que en la teoría se hayo concordancia con el plan de cuidados de enfermería que se estableció en la misma, ya que la teoría del confort coloca al ser humano como portador de respuestas holísticas ante estímulos complejos y a la enfermera como aquella persona con la capacidad de hacer sentir cómoda física y mentalmente al sujeto receptor de cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abreu, M. et al. (2010). Validación del mapeo de cuidados de enfermería prescritos para pacientes ortopédicos con la clasificación de las intervenciones de enfermería. *Revista latinoamericana Enfermagem* 18 (1). Tomado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_18.pdf

Bagur, A. et al. (2013). Guías 2012 para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la osteoporosis. *Medicina*, Buenos Aires. 73: 55 – 74. Tomado de: http://www.osteoporosis.org.ar/pdf/Schurman_2013.pdf

Bustos, C. et al. (2012). *Revista de enfermería CyL*. Volumen 4 número 2. Tomado de: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&ved=0CDYQF>

[jADOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.revistaenfermeriacyl.com%2Findex.php%2Frevistaenfermeriacyl%2Farticle%2Fdownload%2F83%2F61&ei=mt5uU8nEKNPQsQSi1YGwDA&usg=AFQjCNFY_NOBJHtgxP-mt3gj6sFJtw6Fgg](http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php?revistaenfermeriacyl%2Farticle%2Fdownload%2F83%2F61&ei=mt5uU8nEKNPQsQSi1YGwDA&usg=AFQjCNFY_NOBJHtgxP-mt3gj6sFJtw6Fgg)

Bustos, R. et al. (2012). Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. *Revista electrónica de enfermería global*, número 26. Tomado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200021&script=sci_arttext

Ceballos, P. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y enfermería XVI* (1): 31 – 35. Tomado de: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf

Cerda, L. (2014). Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. *Revista médica clínica CONDES*. 25 (2). 265 – 275. Tomado de: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/10-Dra.Cerda.pdf

Cristina, M. (2012). Plan de cuidados de fractura de cadera. *Reduca* 4(1). Tomado de: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/908/922>

Fraile, M. et al. (2012). Madrid. Prevención de caídas en la población geriátrica. *Revista de fisioterapia sexta edición*. Tomado de: <http://www.efisioterapia.net/articulos/prevencion-caidas-poblacion-geriatrica>

García, C. (2013). Enfermedades endocrinas en el adulto mayor. *Revista médica clínica CONDES* (24), 5. Tomado de: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/5%20septiembre/18_Garcia.pdf

Gavaldon, E. et al. (2011). La atención al paciente geriátrico con artrosis desde atención primaria. Propuestas de intervención. *Revista iberoamericana de enfermería comunitaria*. Volumen 4, número 1. Tomado de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/34256>



- Gómez, L. (2010). Chile. Equilibrio y organización de la rutina diaria. Revista de terapia ocupacional. Tomado de: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/111/96>
- Gracia, M. (2010). México. Investigación formativa: Una búsqueda permanente en el pensamiento crítico y enseñanza por investigación. Revista de enfermería neurológica. Volumen 9, número 2: 81 – 82. Tomado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102f.pdf>
- Landinez, N. et al. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista cubana de salud pública. 38(4). Tomado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21425049008>
- Manrique, A. et al. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Revista enfermería global número 19. Tomado de: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Frevistas.um.es%2Feglobal%2Farticle%2Fdownload%2F107281%2F101941&ei=Kt1uU-rDJpSvsASho4D4Bg&usg=AFQjCNHZyEzNQcnwpkXpdONoY159XIKBaw&bvm=bv.66111022,d.cWc>
- Molina, A. et al. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte- vol. 10 - número 40. Tomado de: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm>
- Nava, G. (2010). Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharina Kolcaba teoría de rango medio del confort. Revista de enfermería neurológica, volumen 9, volumen 2. Tomado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>
- Navarro, D. et al. (2011). Intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con prótesis de cadera por tumor de células gigantes. ENEO UNAM. Volumen 8, número 4. Tomado de: http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unaam.mx%2Findex.php%2Fneu%2Farticle%2Fdownload%2F33250%2F30429&ei=6NpuU_5Fh-ewBJvBgvgO&usg=AFQjCNHidWES4WIOI8ipbJBZDD958mAhww&bvm=bv.66111022,d.cWc
- Orozco, R. (2012). Ejercicio físico y entrenamiento del equilibrio en el mayor como estrategia de prevención en las caídas. Revista de fisioterapia volumen 2. Tomado de: <http://www.efisioterapia.net/articulos/ejercicio-fisico-entrenamiento-equilibrio>
- Oviedo, Y. et al. (2013). La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. Intersedes, Vol. XIV. Número 27. Tomado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66627452009>
- Paul, M. (2012). Revista de enfermería volumen 4 número 2. Tomado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol_4_2_12/mfr06212.htm
- Romero, J. et al. (2010). La cultura física como complemento de una buena salud física y mental en los círculos de abuelos. Revista de fisioterapia. Tomado de: <http://www.efisioterapia.net/articulos/la-cultura-fisica-como-complemento-una-buena-salud-fisica-y-mental-los-circulos-abuelos>
- Santos, R. et al. (2010). Visión del profesional de enfermería sobre el entorno como parte integrante del metaparadigma. Revista electrónica Enfermería Global número 18. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24424/1/Vision%20del%20profesional%20de%20enfermeria%20sobre%20el%20entorno%20como%20parte%20integrante%20del%20metaparadigma.pdf>
- Segovia, M. et al. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. GEROKOMOS, 22 (4). 162 – 166. Tomado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003



Uribe, A. (2012). Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. Revista ciencia y cuidado, volumen 9, numero 2. Tomado de: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4114496.pdf&ei=O8tuU-DuO9TLsAS204GgCw&usg=AFQjCNHEQArZAG4P9FuoLH5qiwrN3ght2w&bvm=bv.66111022,d.cWc>

Zamora, S. (2011). Beneficios de la Actividad Física Aeróbica en Pacientes Geriátricos entre 65 - 85 años, del Grupo de Gimnasia de Jubilados del Hospital del IESS del Cantón Ibarra / Provincia De Imbabura. Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y el deporte. Tomado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1135/2/06%20TEF%202021%20ART%20C3%8DCULO%20CIENT%20C3%8DFICO.pdf>